

"Therapie ist doch brotlose Kunst": was das ehemals drogenabhängige Subjekt hindert, sich zum Objekt der professionellen Begierde zu machen (bzw. machen zu lassen)

Happel, Hans-Volker

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Happel, H.-V. (1990). "Therapie ist doch brotlose Kunst": was das ehemals drogenabhängige Subjekt hindert, sich zum Objekt der professionellen Begierde zu machen (bzw. machen zu lassen). *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 14(2/3), 93-108. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-266112>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

"THERAPIE IST DOCH BROTLÖSE KUNST".

WAS DAS EHEMALS DROGENABHÄNGIGE SUBJEKT HINDERT,
SICH ZUM OBJEKT DER PROFESSIONELLEN BEGIERDE ZU
MACHEN (BZW. MACHEN ZU LASSEN)

Hans-Volker Happel

1.0 Einleitung

Während einerseits immer mehr Menschen Unterstützung und Beratung für die Bewältigung ihrer alltäglichen und persönlichen Belastungen aufsuchen, mißtrauen andererseits mehr und mehr den professionellen HelferInnen.

Dieses widersprüchliche Phänomen wird in der Auseinandersetzung um die Angemessenheit des derzeitigen Drogenhilfesystems exemplarisch und quasi wie unter dem Brennglas sichtbar. KINDERMANN (1989), Protagonist eines monopolisierten Drogenhilfekonzerns, singt das Hohelied der Effektivität und in einer Hofberichterstattung konstatiert er: die Drogenhilfe leiste "Respektables", wer anderes behaupte "ignoriere die Realität". Die Kritiker bezichtigt er der "üblen Nachrede".

Das Spektrum der Nörgler an den gegenwärtigen Zuständen ist breit. Es reicht von FinanzpolitikerInnen, die der Drogenhilfe den absurden Vorwurf machen, sie hätten die Probleme nicht gelöst, über MitarbeiterInnen der Drogenhilfe selbst, die im Gestrüpp ordnungspolitischer Vorgaben und begrenzter sozialpolitischer Möglichkeiten bei sich selbst zunehmende Orientierungsschwierigkeiten registrieren, bis hin zu institutions- und wissenschaftskritischen Abrechnungen mit dem System.

BOSSONG (1982) hat die formalen und inhaltlichen Strukturen gängiger stationärer Drogeneinrichtungen einer schonungslosen Kritik unterzogen. Angelehnt an GOFFMANS (1973) Analyse der "Totalen Institution" weist er nach, wie sich, ausgehend von der mittelalterlichen Gestaltung des klösterlichen Lebens, über säkularisierte Formen der Zucht-, Straf- und Irrenanstalten ein roter Faden durchzieht, bis hin zu den Umformungen der Insassen in heutigen Drogenanstalten.

In der Reihe der Kritiker fehlen last but not least die Betroffenen selbst - in der gesamten Drogendiskussion übrigens eine durchaus übliche Erscheinung. Was sie von den Angeboten der Drogenhilfe halten, machen sie per Abstimmung mit den Füßen deutlich.

Die "Horrorstories" über Therapie werden kurzerhand als Relikte der Vergangenheit definiert und dieser platten Behauptung wird noch eins draufgesetzt, indem den Abhängigen selbst der schwarze Peter zugeschoben wird:

"Das Negativimage wurde noch entscheidend dadurch verstärkt, daß ein 'Therapieabbrecher' für sich selbst eine 'Legende' brauchte, Gründe, die sein subjektives 'Versagen' rechtfertigen - und die konnten nur bei den anderen liegen" (STICKINGER & KINDERMANN 1989, S. 151).

Entgegen solcher Art Ignoranz werden in letzter Zeit - nicht nur für den Drogenbereich - die mit Therapien verbundenen Risiken und Schäden diskutiert. VOGT (1989) hat die speziell für Frauen in patriarchalischen Therapiestrukturen versteckten und offenen Problembereiche benannt. Die Konsequenzen beschreibt sie wie folgt:

"Zugleich bildet sich ein tiefes Mißtrauen gegen alle Therapie aus, das von Frauen nur zu leicht als Therapieunwilligkeit ausgelegt wird" (S. 13).

In der vorliegenden Studie geht es darum, ehemaligen Drogenabhängigen die Möglichkeit zu geben, Erfahrungen mit und persönliche Sichtweisen der Drogenhilfe darzustellen.

2.0 Daten, Fakten und Annahmen zur Inanspruchnahme der Drogenhilfe

Die Frage, wieviel Prozent aller Drogenabhängigen professionelle Hilfe in Anspruch nimmt, ist angesichts vielfältiger methodischer Schwierigkeiten kaum seriös zu beantworten. Hinter den Schätzungen für die Grundgesamtheit stehen politische Interessen, die die Zahlen verzerren.

Ein illustratives Beispiel dafür liefert nochmal KINDERMANN (1989), der eine Leistungsbilanz der hessischen Drogenhilfe zusammengestellt hat, nach der im Jahre 1987 von der Gesamtzahl Drogenabhängiger (nach KINDERMANN 6000,

andere gehen von 12 000 - 15 000 aus) 72 % (4293) ambulant betreut wurden. Er schlußfolgert:

"Dies trifft sich mit den Ergebnissen aus Forschungsprojekten, wonach sich - sofern man sorgfältig fragt - ergibt, daß fast jeder Drogenabhängige heute irgend einen Kontakt zum Hilfesystem hat" (S. 41).

In seinem grenzenlosen Optimismus bezüglich der Funktionsfähigkeit des Drogenhilfesystems steht KINDERMANN ziemlich allein auf weiter Flur. BOSSONG (1982) hat für das Jahr 1980 die verschiedenen Parameter für eine solche Berechnung extrapoliert. Er kommt zu dem Schluß, daß bestenfalls 2,1 % aller Fixer erfolgreich behandelt werden.

KEUP (1981) schätzt, daß etwa 5 % der Drogenabhängigen mit herkömmlichen Methoden erreichbar sind.

Nach Auswertung der Daten für die Trends in den ambulanten Beratungsstellen in der BRD (SIMON 1989) zeigt sich, daß der Zugang Opiatabhängiger von 1980 bis 1988 nahezu konstant geblieben ist, bei einem leicht rückgängigen Anteil opiatabhängiger Frauen.

Die Zusammenstellung dieser widersprüchlichen Zahlenspiele lassen es ratsam erscheinen, verlässliche globale, epidemiologische Aussagen nicht zu riskieren. Am seriösesten erscheinen mir noch Schätzungen von WILLE (1989), der davon ausgeht, daß etwa 20 % der jeweiligen Grundgesamtheit Drogenabhängiger über die verschiedenen Angebote erreicht werden kann.

Die untauglichen Versuche der quantitativen Bestimmung der Szenerie werden mittlerweile durch einige qualitative Studien ergänzt, wobei sich durch die Bank zeigt, daß mit Aufrechterhaltung des Kontaktes zu den Einrichtungen eine ositivere Bewertung durch die Hilfesuchenden einhergeht.

RASCHKE (1986, 1987) unterscheidet in einer Studie verschiedene Dimensionen, um den Prozeß der Inanspruchnahme zu analysieren. Ausgehend von einerseits nutzerbezogenen und andererseits einrichtungsbezogenen Barrieren werden folgende Bereiche differenziert:

- PERZEPTIONSEBENE: Problem- und Angebotswahrnehmung,
AKZEPTANZEBENE: Individuelle Bereitschaft mit den Regeln der vorgegebenen Situation umzugehen,
ADÄQUANZEBENE: Subjektive Einschätzung der Angemessenheit der angebotenen Problemhilfen.

Da es die professionelle Hilfe kaum gibt, polarisiert RASCHKE das Angebot in

Identitätsorientiertes Angebot:

- in der Zielsetzung offen
- das Problemverständnis der KlientInnen steht im Vordergrund
- drogenunspezifisch

Transformationsorientiertes Angebot:

- Drogenverhalten ändern -- Drogenfreiheit
- klare formale und organisatorische Strukturen
- klassische Beratungsmethoden

Der Erstkontakt zur Jugend- und Drogenberatung wird von 77 Prozent angstbesetzt erlebt, wobei das Aussetzen des eigenen Verhaltens an fremde Erwartungen und die Illegalität besondere Unsicherheiten provozieren.

Bezüglich der Vorbehalte und der negativen Ersteinschätzung finden sich keine Unterschiede bei den verschiedenen Institutionstypen. Erst mit Mehrfachkontakt entwickeln sich innerhalb der jeweiligen konzeptionellen Typen differentielle Einschätzungen, die Selektivitätscharakter haben. In den cleanorientierten, mit strenger formaler Struktur ausgestatteten Beratungsstellen finden sich eher ältere Drogenabhängige aus der Mittel- und Oberschicht, sie kommen eher auf justitiellen Druck, mit dem Vorsatz eine Therapie zu absolvieren. Die Einschätzung der Institution bleibt von Skepsis geprägt, aber sie glauben, hier adäquate Hilfe für ihre Problemlagen zu finden.

In den identitätsorientierten Einrichtungen steigt die Akzeptanz mit dem Erstkontakt sprunghaft an, die Problemwahrnehmung des eigenen Drogenkonsums hingegen zeigt eher eine abnehmende Dringlichkeit, etwa gemäß der Einschätzung "nicht Drogen, sondern ich und meine Lebenssituation sind das Problem". Bei den thematisierten Schwierigkeiten überwiegt das berufliche und schulische Qualifika-

tionsinteresse. Das heißt, derartige Beratungsstellen erreichen Personen, die zwar hilfsbedürftig sind, ihre Probleme aber nicht im Konsum sehen.

Damit wird ein drogenpolitisches Dilemma deutlich: Erreichbarkeit und Wirksamkeit der Hilfe stehen unter sozialpolitisch definierten Gesichtspunkten (Drogenfreiheit) in einem Widerspruchsverhältnis.

"In dem Politik sich zu stark von dem Wünschenswerten leiten läßt, verhindert sie das Mögliche" (RASCHKE 1986, S. 20).

Die Tatsache, daß die Drogenabhängigen mit der Kontaktdauer ihren Bezug zu den MitarbeiterInnen und den Einrichtungsgegebenheiten verändern, erscheint fast banal. Im Sinne der kognitiven Dissonanzreduktion sind es ja vor allem die Abhängigen selbst, die zur gewandelten, angepaßten Wahrnehmung und Einstellung ihren psychosozialen Beitrag leisten müssen.

Was aber ist mit denen, die sich mit den Verhältnissen nicht arrangieren wollen bzw. können? Welche Deutungen, Barrieren und Einschätzungen werden von denjenigen genannt, die sich von Professionellen nicht helfen lassen bzw. lassen wollen?

3.0 Hinweise auf methodische Aspekte und Datenherkunft

Im Folgenden wird von einer umfassenden, in den Jahren 1987 bis 1989 durchgeführten Studie zum Thema "Ausstieg aus Drogenabhängigkeit am Beispiel der Selbstheiler" berichtet. Eine ausführliche Darstellung der methodischen und theoretischen Zusammenhänge findet sich bei HAPPEL (1988a).

An dieser Stelle sollen deshalb nur grob und holzschnittartig einige sozial- und drogenanamnestische Beschreibungsmerkmale der Untersuchungsgruppe dargestellt werden.

Am Erstinterview nahmen insgesamt 102 Personen teil (57 m, 45 w). Im Vergleich mit anderen Stichproben (Verhältnis 3:1 bis 4:1, siehe REUBAND 1989) liegt in unserer Untersuchung der Frauenanteil vergleichsweise sehr hoch. Das Durchschnittsalter liegt bei 31,3 Jahren. Das Alter bei Erstkonsum von Opiaten bzw. Heroin liegt bei 18,6 Jahren. Die durchschnittliche Dauer des abhängigen Kon-

sum beträgt bei den TeilnehmerInnen fast viereinhalb Jahre. Berücksichtigt man die Jahreszahlen des Einstiegs, dann zeigt sich, daß der Hauptteil der Gesamtgruppe der ersten und zweiten Fixergeneration angehören (1966 bis 1974 = 43, 1975 bis 1980 = 42). Weitere ausführlichere Beschreibungen der Stichprobe finden sich bei HAPPEL (1988b) und im Zwischenbericht des FORSCHUNGSPROJEKTS "Selbstheiler" (1988).

Die Daten und Zitate des folgenden Kapitels beziehen sich sowohl auf Angaben aus den narrativen Erstinterviews als auch auf Ergebnisse eines strukturierten Teilausschnittes des Leitfadens, mit dem die Zweitbefragung (12 bis 18 Monate später) durchgeführt wurde. Eine detaillierte Erläuterung der Ergebnisvergleiche für die beiden Befragungszeitpunkte findet sich im Zwischenbericht 1989 (Forschungsprojekt 1990).

4.0 Erfahrungen, Umgangs- und Widerstandsformen mit und gegenüber professioneller Hilfe

Eine seriöse Behandlung des Themas steht vor dem Problem, zunächst einmal den äußerst diffusen Begriff "professionelle Hilfe" exakter zu fassen. Selbstheilung und professionelle Hilfe stehen gleichsam in einem bipolaren Verhältnis. Auch der "reine" selbstorganisierte Ausstieg findet nie nur alleine als solipsistisches Ereignis statt; ebenso ist die erfolgreiche Beendigung einer längeren Therapie ohne selbstinitiierte Anteile undenkbar.

Professionelle Hilfe findet demnach dort statt, wo ausgebildete MitarbeiterInnen in Institutionen ein drogenspezifisches Angebot machen.

4.1 Quantitative Betrachtung der Erfahrungen mit Drogenhilfe

Von den insgesamt 102 SelbstheilerInnen hatten 45 (23 m, 22 w) Kontakt zur Drogenhilfe. Eine differenziertere Analyse zeigt jedoch, daß sich hinter dem Faktum "Kontakt" höchst Unterschiedliches verbirgt. In dieser Rubrik werden völlig disparate Merkmale subsumiert, wie zum Beispiel der einmalige Kontakt zu einem Drogenberater in der JVA, der kontinuierliche Besuch einer Selbsthilfegruppe und die systematisch organisierte Langzeittherapie in einer stationären Einrichtung.

Bei 18 der 45 beschränkt sich die professionelle Hilfe auf ein- bis dreimalige Kontakte zur Jugend- und Drogenberatung (JDB), einige Tage Aufenthalt im psychiatrischen Krankenhaus und Mitarbeit bei SYNANON.

Insgesamt haben demnach 27 TeilnehmerInnen während ihrer Abhängigkeit verschiedene ernsthafte Versuche unternommen, mit Hilfe spezifischer Drogenbehandlung ihre Sucht zu überwinden. Alle haben nach Beendigung des Kontaktes nochmal mindestens drei Monate Drogen in abhängiger Form konsumiert. Der letzte Ausstieg wurde ohne professionelle Hilfe organisiert. Wir haben sie trotz alledem in der Befragung mitaufgenommen, wohl wissend, daß der Ausstiegsprozeß über lange Zeitphasen hin verläuft, in denen die Wirkung der verschiedenen Hilfen kumulieren.

RASCHKE (1987) bezeichnet einen solchen Verlauf als gestreckte konsekutive Rehabilitation.

4.2 Einschätzungen der Drogenhilfe im Rahmen der qualitativen Auswertung

"Therapie ist doch brotlose Kunst" - in dieser Metapher wird die Erfahrung eines Selbstheilenden - nennen wir ihn Fritz - fokussiert, der eine Langzeittherapie (LZT) nach fünf Wochen abgebrochen hat. Dieses der Kunsttheorie entlehnte Bild bietet ein breites Interpretationsspektrum. Brotlose Kunst, Tätigkeiten, die keinen materiellen Wert erzeugen, können sich nur die leisten, die entweder aus ideeller Überzeugung heraus handeln, oder die materiell abgesichert sind. Fritz erlebt in der Therapie genau diese Diskrepanz. Seine ideelle Überzeugungshaltung zu einem zukünftigen drogenfreien Leben ist (noch) nicht ausgeprägt; bei Therapiebeginn hat er 8 000.- DM Schulden, die durch die fälligen Zinsen weiter anwachsen werden. Therapie wird so für ihn zu einem luxurierend ästhetischen Moment der Sicherung von Subjektivität. Er kommentiert:

"Therapie ist zwar ganz schön (verweist auf ästhetische Sphären, D.A.) wer Zeit, Muße und Lust auf Psychokisten hat, ok, der soll, aber ich, nee".

Nach Abbruch der Therapie wurde Fritz rückfällig, die Schulden hatte er ein halbes Jahr später beglichen.

Bereits dieses Beispiel verdeutlicht, daß es nur bedingt und nicht durchgängig zutrifft, daß der Kontakt und Umgang mit professioneller Hilfe - wie vielfach angenommen - an psychischen oder der einer Suchterkrankung innewohnenden Zwangsphänomenen und entsprechenden angstbesetzten Einstellungen scheitert. Die Palette der kritischen Argumente reicht von "es hat sich nicht ergeben" bis hin zur bewußten generellen Ablehnung, egal ob tatsächlich konkrete Erfahrungen mit Drogenberatung gemacht wurden, oder ob bisher keinerlei Verbindung zur professionellen Hilfe existiert.

Für einige aber ist die Drogenpraxis auch ultima ratio:

"Solange ich den Glauben an mich selbst habe, daß ich es irgendwie schaffen kann, egal wie beschissen es wird, solange habe ich gedacht kann kein Anderer, Fremder von außen dich beeinflussen. Erst, wenn du merkst, daß es überhaupt nicht mehr anders geht, kannst du vielleicht dich beeinflussen lassen, daß dir jemand Anhaltspunkte gibt, oder sowas".

Zwei zentrale Dimensionen werden angesprochen:

- a) der Glaube an sich selbst und das Vertrauen, Veränderungen der Person und der Situation selbst zu organisieren, und
- b) die Befürchtung und das Mißtrauen, von außen beeinflusst und manipuliert zu werden.

Beratungs- und Behandlungsbedürftigkeit tritt erst dann ein, wenn es überhaupt nicht mehr anders geht. Wann dieser Punkt erreicht wird, ist gerade bei Drogenabhängigen, für die Drogen lange kein subjektives Problemfeld darstellen, nur schwer zu bestimmen.

Viele erahnen, spüren die Inkongruenzen, die zwischen einem selbstgestalteten und einem institutionsgestützten Ausstieg bestehen. Einige Zitate sollen das verdeutlichen:

"Ich bin erstmal faul, unendlich faul. Ich krieg mein Arsch einfach nicht hoch, was wollte ich in einer Therapie?"

Eine durchaus realistische Einschätzung, denn Therapie ist Arbeit und damit völlig diskrepant zum dolce vita der Drogenzeit. In ähnlicher Weise ist die Anmerkung eines jungen Mannes zu verstehen:

"Was soll denn Therapie ändern, ich glaube nicht, daß Therapie mir hilft".

Auch er registriert konsequent, daß die Therapie seine Situation nicht verändern kann, wenn nicht er selbst. Warum dann noch Therapie?

Es ist die Doppelbotschaft der professionellen Hilfe, die von Abhängigen mit hoher Sensibilität wahrgenommen wird. Auf der manifesten Ebene fordert die Institution die Entfaltung von Individualität und Selbstverantwortlichkeit, auf der latenten Ebene werden die Klienten als Kranke und Abhängige deklariert.

Exemplarisch wird der Umgang mit diesem Paradox von einer 25jährigen Frau geschildert, die nach sechswöchigem Kontakt zur JDB eine LZT begann ("wollte unbedingt in Therapie"). Nach siebzehn Tagen brach sie ab:

"Ich wollte zu mir selbst finden, und die sagten dauernd ich bin auf dem falschen Weg. Junkiemanieren usw. Gut, dann habe ich es so versucht, wie die mir das gesagt haben, bis ich gemerkt habe, die liegen falsch. Da hab ich gemerkt, daß ich richtig liege".

Einige lösen das Paradox so auf, indem sie sich selbst das Gegenparadox verschreiben:

"Drogenhilfe hat mir durchaus geholfen. Nach einigen Stippvisiten bei denen, habe ich gewußt wo's langgeht: auf jeden Fall nicht über die".

Es sind immer wieder die Erwartungsdiskrepanzen, die sich auf unterschiedlichen Ebenen zeigen. Im folgenden fast banalen Beispiel werden die verschiedenen suchttheoretischen Modelle und daraus abgeleitete beraterische Strategien zwischen Profis und Hilfesuchenden deutlich.

"Ich weigerte mich über meine Kindheit zu reden, weil mich nicht der Grund für mein Drücken interessiert hat. Ich wollte aufhören zu drücken".

Oft verbinden sich mit diesen Gegensätzen Ängste und Befürchtungen:

"Für mich kam das nie in Frage. In der Therapie mußt du an der Eingangstür deine Identität abgeben. Motivationsprüfung nennt man das. Solltest du doch noch ein Stück mit rein schmuggeln, kriegst du das ausgetrieben".

BOSSONG (1982) hat die gängigen Techniken der Drogentherapien als "Exorzismus der Sucht" bezeichnet. Derartige drastische Formulierungen zeigen eines: in den Deutungsmustern der Abhängigen wird professionelle Behandlung nach wie vor als Widerstandsbeseitigung - therapeutisch ausgedrückt "Krankheitseinsicht" - gesehen.

Doch gerade Trotz und Widerstand stellen in vielen Biographien Drogenabhängiger ein wichtiges Moment persönlicher Entwicklung dar. FOUCAULT bezeichnet Therapie als Geständniswissenschaft, dagegen wehren sich Abhängige.

HARTMANN (1989) plädiert deshalb für einen veränderten therapeutischen Umgang mit Widerstand:

"Wollte man die Widerstände bekämpfen - Ein Fehler vieler Therapieeinrichtungen - so würde man diese basishafte Kraft der Selbstentwicklung zerstören. Ihre Mangelhaftigkeit muß beseitigt werden indem beide Abwehrformen herrschaftlicher Selbstverschleierung weiterentwickelt werden, bis die zugrunde liegenden Beziehungs- und Wahrnehmungsprobleme dieser Lebenszene aufgearbeitet sind. Dann verschwinden an dieser Stelle Widerstand und Übertragung"(S. 61).

Eine interessante Variante dieses Kontextes zeigt sich bei einem Teil der SelbstheilerInnen, die während der Drogenzeit Haftstrafen verbüßt haben. Der Knast wird als Fortsetzung und Verlängerung der Szene erlebt (siehe auch NOLLER, 1988), während Therapie als Anpassung an Normalität, aus der sie entkommen sollten, gedeutet wird. Insbesondere diejenigen, die aktiv ihre Interessen in der Gefangenen-Mitverwaltung vertreten, "profitieren" von dieser Institution. In der kontrastierenden Darstellung eines Mannes, der insgesamt 3 Jahre JVA-Erfahrung sammeln konnte, wird das deutlich:

"Gefängnis ist ehrlicher und glaubwürdiger, da gibt es keine schwindligen Psychologen. Die Strukturen sind klar: dort deine Feinde, Direktorium und Schließer, hier die Gefangenen. In Therapie bleibt das Verhältnis verwachsen. Alle wollen dir helfen, das sei eine therapeutische Gemeinschaft und so ein Schmus, dabei läuft alles darauf hinaus, daß du schön lieb bist".

Das Zitat verdeutlicht wie die in professionellen Hilfseinrichtungen vorfindbaren Interaktionsregeln den Hilfesuchenden Schwierigkeiten bereiten. Dazu ein weiteres eher "mildes" Beispiel für diesen Zusammenhang:

"Ich kam da hin, wußte selbst nicht so richtig warum, naja irgendwie war ich durcheinander. Ich habe aber beim besten Willen nicht gewußt, was die von mir wollten. Ich habe das nicht auf die Reihe gekriegt".

Nicht die wahrnehmbaren Schwellen, wie exakte Gesprächstermine, Cleanforderungen und Erledigung von Absprachen behindern den Kontakt, es sind eher die latenten Barrieren, an denen sich Ratsuchende stoßen.

Gunter SCHMIDT (1988) hat in einer familiensystematischen Analyse auf die Gefahren rigider, festgeschriebener Komplementaritätsmuster für therapeutische Beziehungskonstellationen hingewiesen. Mit der Inanspruchnahme eines Behandlungsarrangements deklarieren die Betroffenen ihre eigenen Lösungspotentiale als nicht ausreichend. Es besteht dann die Gefahr, daß entlang starrer Unterschiedlichkeiten wie stark - schwach, gesund - krank, unabhängig - abhängig Muster festgelegt werden, die die Möglichkeit lebendiger Entwicklungsprozesse drastisch reduzieren. Die folgenden Erfahrungen spiegeln diesen Sachverhalt wider:

"Und dann kam man auf Themen und Situationen, wo ich halt eben gerne wissen will, wie mein Gegenüber darüber denkt, und dann die Therapeutin oder der Therapeut hat, das damit hätte alles nichts zu tun, sondern es ginge ja nur um mich und nicht um ihre Einstellungen oder Sachen. Ich brauche so ein Wechselding, weißt du. Und nicht so, daß ich erzählen soll und der andere macht sich ein Bild darüber, oder so. Sondern ich brauche den Bezug zum anderen, daß er mich so nimmt wie ich bin, und sich auch genauso gibt."

Nach SCHMIDT:

"...ist es deshalb Aufgabe der Instanzen des Behandlungssystems, Etikettierungen des Patienten als defizitär, gestört oder gar krank abzulösen durch eine präzise Betrachtung der Auswirkung seines Verhaltens und des Verhaltens seiner Partner im System" (S. 184).

DrogenhelferInnen sind PartnerInnen in einem Geschehen, das Dienstleistungscharakter hat, und gerade Drogenabhängige haben gelernt, Beziehungen unter Aspekten des Warencharakters und nach dem Tauschprinzip zu organisieren.

Die nachfolgende Bemerkung persifliert geradezu diesen Zusammenhang:

"Was springt denn in Drogenberatung groß raus, außer bla, bla. Das mit der Schwellenangst ist doch Quatsch. Wenn es was Attraktives zu holen gibt, klettere ich dir auf den Mount Everest".

Eine solche Reduktion der hehren therapeutischen Beziehung auf ein reines Krämerladenarrangement ist beleidigend und kränkend. Viele frustrierte HelferInnen sind daher zuerst bemüht, in der Beratung von Abhängigen nicht ausgenutzt und gelinkt zu werden, was zu erheblichen Blockaden führen kann. Wenn klientengerechte Problemlösungen angestrebt werden, muß Hilfe - ausgehend von den Problemlagen der Ratsuchenden - gestaltet werden. Einige meiden Therapie, weil sie sehr genau antizipieren, daß das Eingehen einer Behandlungsverpflichtung eine neue Quelle von Schuldgefühlen bedingt. Drogenabhängige, die nach einer Therapie rückfällig werden, berichten unisono, daß das Drücken nicht mehr so problemlos, weil jetzt mit schlechtem Gesissen, praktiziert wird (siehe ADAM & KRAKOR 1985). Wenn die Rückfälligen dann nach längerer Abwesenheit wieder in der Szene auftauchen, desavouieren sie mit ihrem Erscheinen zusätzlich die Sinnhaftigkeit und Effektivität therapeutischer Bemühungen.

"Ich kenn einen, der war über ein Jahr in Therapie und der erzählt mir, wie erfolgreich das war, hat echt gute Therapiesprüche drauf. Nur der war immer rapplezu, total zu. Dann frag ich mich, was das bringt".

Die sprachlichen Distanzen zwischen dem scene- und dem Therapiejargon offenbaren die unterschiedlichen Welten. Eine Frau (14 Tage LZT) umreißt ihre Erfahrung:

"Ich bin aus zwei Gründen therapieungeeignet. Erstens, in einem Haus mit vierzig anderen Junkies zusammengepfercht zu sein, ist der Horror. Zweitens, in den Therapiesitzungen wird den Leuten nach dem Mund geredet und abends geht der scene-punk ab, dazu hatte ich keine Lust."

Die Beispiele rücken die vielfältigen Formen subjektiver Verarbeitung drogenprofessioneller Hilfsangebote auf seiten der Adressaten in den Blickpunkt. Die Bereitschaft aufzuhören, erweist sich als sensible Angelegenheit in die ein breites Bündel von Motiven und Erfahrungen eingeht.

Die Ablehnungsargumente gründen nur in wenigen Fällen auf Ängsten, zu hohen Schwellen oder komplizierten Zugangsmöglichkeiten. Der Umgang mit Drogenabhängigen erfordert ein hohes Maß an Authentizität, Glaubwürdigkeit und Durchschaubarkeit von Strukturen. Drogenhilfe ist offensichtlich nur bedingt in der Lage, diesen Forderungskatalog zu erfüllen. Wenn man zudem bedenkt, daß eine Anzahl drogenunspezifische Einrichtungen (Nichtsesshaften-Hilfe, Beschützende Werkstätten, alternativer Ausbildungsbetrieb) im Rahmen ihres Ausstiegsprozesses genutzt haben - im versorgungsorganisatorischen Sprachgebrauch auch Fremdpla-

zierung genannt - dann wird deutlich, daß es keineswegs immer die beschworenen institutionellen Barrieren sind, die den Kontakt verhindern.

5.0 Schlußfolgerungen

Gleichlautend mit den referierten Ergebnissen resumiert RASCHKE (1987), daß die Distanz der professionellen Hilfe zum Klienten um so größer wurde, je sachgerechter und professioneller der Klient betreut wurde. Während RASCHKE das Dilemma wenigstens erwähnt, feiern andere die Professionalisierung als historische Errungenschaft, die die gefährliche Ursuppe der 70er Jahre aus Wildwuchs und Chaos endlich in einen reputierlichen Status transferiert hat (siehe HECKMANN 1986). Glaubt man diesen Neohistorikern, dann befindet sich die Drogenhilfe in einem ständigen Prozeß der Verbesserung und steht kurz vor paradiesischen Zuständen.

Die Tatsache, daß das Anfang der siebziger Jahre zumindest teilfunktionierende und florierende streetwork-Konzept auf Veranlassung und im Interesse der Träger liquidiert wurde, wird bei derartiger Geschichtsklitterung schlicht verleugnet. Ziel der Aktion war die Domestizierung und Kontrolle unliebsamer MitarbeiterInnen, die eine zu selbständige Arbeitsgestaltung beanspruchten und höchst individuelle Beziehungen zu Abhängigen pflegten. Solche ließ sich mit politisch opportunen Konzepten nicht in Einklang bringen. Die Professionalisierung brachte vor allem eins: die Entpolitisierung der Drogendiskussion. Wie von einem anderen Stern wirkt die Kritik und Selbstkritik von 24 MitarbeiterInnen verschiedener Modelleinrichtungen, die sie in einer öffentlichen Erklärung Ende der siebziger Jahre vorgelegt haben.

"Auch der aktivste und kreativste Mitarbeiter in einer Drogenberatungsstelle scheitert mit seinen Klienten an den durch die gesellschaftlichen Verhältnisse gesetzten Begrenzungen. Motivationsarbeit zu leisten und Klienten in der Rehabilitationsphase zu betreuen, heißt u. a. ihnen aufzuzeigen, daß sie Chancen in unserer Gesellschaft haben. Daran zu glauben fällt auf Grund der ständigen Erfahrung, daß dies nicht so ist, immer schwerer. Wir kommen uns mehr und mehr vor wie Trautmäntzer, die stigmatisierten Jugendlichen Illusionen in die Köpfe hämmern." (in RASCHKE 1979, S. 494)

An diesem Punkt schließt sich dann auch wieder der Kreis zwischen politischen Analysen und Positionen einerseits und konkreter Drogenpraxis andererseits. So-

lange innerhalb der Drogenhilfe keine Änderung des Selbstverständnisses, weg von Entmündigungs- und Fürsorgestrategien, stattfindet, bleibt auch die Verbesserungsdiskussion um die effizientere Erreichbarkeit problematisch. Die neuen Kleider, "akzeptierende niederschwellige, aufsuchende Drogenarbeit", sind möglicherweise das Trojanische Pferd, mit Hilfe dessen auch die letzten Reservate einer eigenständigen Subkultur kolonialisiert werden sollen. Insofern plädiere ich für eine Neuorientierung bzw. partielle Rückbesinnung der Drogenhilfe.

Die Lebenswelten und -wirklichkeiten der Drogenabhängigen mit all ihren Widersprüchen und unperfekten Lösungen müssen wahrgenommen und bearbeitet werden. Das kann nicht im Rahmen einer hochspezialisierten Profession geschehen, die sich ihren Platz im Orchester einer immer differenzierteren Psychotherapie sucht.

Drogenhilfe muß da angesiedelt sein wo die Menschen sind, in der Gemeinde. Fortschrittliche Konzepte der Gemeinwesenarbeit können der Drogenhilfe helfen, aus der defensiven Position, mit der sie dem Legitimationsdruck zu entgehen versucht, herauszukommen. Anwaltschaftliches offensives Eintreten für die Betroffenen und für die eigene Arbeit ist angesagt.

LITERATUR:

ADAM, G.; KRAKOR, I.: Einschätzung und Auswirkung von Landzeittherapieerfahrung bei Drogenabhängigen auf die aktuelle Lebensgestaltung. Diplomarbeit, Fachhochschule Frankfurt/M., Fb. Sozialpädagogik (1985).

BOSSONG, H.: Verhör und Verheissung. Zur Phaenomenologie der Drogentherapie. Diplomarbeit, Universität Bremen, Fb Sozialwissenschaft (1982).

FORSCHUNGSPROJEKT "Selbstheiler": Zwischenbericht 1987. Fachhochschule Frankfurt/M., Fb. Sozialpädagogik (1988).

FORSCHUNGSPROJEKT "Selbstheiler": Zwischenbericht 1989. Fachhochschule Frankfurt/M., Fb. Sozialpädagogik (1990).

HAPPEL, H.-V.: Selbstorganisierte Wege aus der Drogenabhängigkeit. Suchtgefahren 34, (1988a), S. 491-496.

HAPPEL, H.-V.: Selbstheilung bei Drogenabhängigkeit. Bildung und Erziehung 41 (2), (1988b), S. 183-200.

HARTMANN, J.: Widerstand und Übertragung, eine spezifisch klientenzentrierte Theorie und ihre Anwendung in der Praxis. Kongreßführer der GWG "Macht Therapie glücklich? Köln. (1989).

- HECKMANN, W.: Bestandsaufnahme- Vergleich 1971 mit 1986. In: KNISCHEWSKI, E.: Wandel in der Therapie Drogenabhängiger. Wohin wandelt (sich) der Therapeut? Kassel. (1986).
- KEUP, W.: Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe. Stuttgart, New York (1981).
- KINDERMANN, W.: Zynische, überharte Methoden? Eine Leistungsbilanz der hessischen Drogenhilfe. Suchtreport Heft 2, (1989), S. 34-41.
- NOLLER, P.: Junkie Maschinen. Rebellion und Knechtschaft im Alltag von Heroinabhängigen. Wiesbaden. (1989)
- RASCHKE, P.: Die Inanspruchnahme von Drogenberatungsstellen. Arbeitshilfe 2, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung des LV Westfalen-Lippe. Hamm, Münster. (1986)
- RASCHKE, P.; SCHLIEHE, F.: Ambivalenzen sozialpädagogischer Intervention am Beispiel der Drogenberatung. In: KAUFMANN, F.-X.: Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. München. (1987)
- SCHMIDT, G.: Rückfälle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht. In: KORKEKEL, J.: Der Rückfall des Suchtkranken. Berlin. (1988).
- SICKINGER, R. & KINDERMANN, W.: Strafe oder Therapie. In: KINDERMANN, W.: Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg i. Br. (1989).
- SIMON, R.: EBIS 1988 - Daten und Trends in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke. In: Jahrbuch '90 zur Frage der Suchtgefahren, DHS, Hamburg. (1989).
- VOGT, I.: Therapierisiken für Frauen in der Suchtkrankenhilfe. Vortrag auf der Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Koblenz 06.-09.11.1989.
- WILLE, R.: Drogenabhängigkeit und Methadoneinsatz. Caritas 90 (4) (1989), S. 177-181.

Prof. Dr. H.-V. Happel
Fachhochschule Frankfurt/M.
Fachbereich Sozialpädagogik
Limescorso 9
6000 Frankfurt/Main 50